

ヨード造影剤を用いる CT 検査（ 年 月 日予定）の同意書

以下に記載する事項について同意されれば、同意の署名欄にご本人または代理人のご署名をお願い致します。同意頂けない場合はその署名欄にご署名をお願いします。できるだけ、本人と代理人両者のご署名をお願いします。

同意事項

- 1) 説明書を読みヨード造影剤を使用する検査の必要性、副作用について十分理解しました。
- 2) ヨード造影剤の使用に同意します。もし副作用が生じた場合はそれに対する処置を受けます。
- 3) 造影検査の了承は、患者本人または代理人の任意の同意に基づくもので、当院医師の強引な説得によるものではありません。
- 4) 同意した場合においても造影剤の使用の最終決定は検査担当医の総合判断に委ねます。
- 5) 造影検査について説明書に疑問点、さらに詳しい説明を受けたい場合は説明を受けることができます。
- 6) 患者本人または代理人は、検査を受けることを同意した後、いかなる場合でも撤回できます。

都城市郡医師会病院長殿

上記の内容を十分理解した上で造影検査に（同意します。 同意しません。）

（同意された場合でもいつでも撤回できます。）

記入日： 年 月 日

患者氏名 _____ (ご署名)

代理人氏名（続柄： ） _____ (ご署名)

必ず口にチェックし、署名欄にご署名をお願いします。